

FORMULARIO DE QUEJA DE ACCESO A IDIOMA

DBO-HRO 139 SP (06-15)



A continuación se mencionan las instrucciones para completar este formulario y enviarlo a la persona a cargo de esta queja:

El Departamento de Supervisión de Empresas (Department of Business Oversight, DBO) tiene la política de tomar las medidas pertinentes para superar las barreras del idioma en los programas y servicios públicos. Para lograrlo, nuestra meta es:

1. hablarle en su idioma, y
2. poner a su disposición los formularios y documentos vitales en su idioma.

Sus comentarios sobre este formulario nos ayudarán a lograr esa meta. Toda la información es confidencial. Imprima y firme el formulario. Después, envíelo por correo convencional o electrónico a la siguiente dirección:

**Department of Business Oversight
Equal Employment Opportunity Office
1515 K Street, Suite 200
Sacramento, CA 95814
Leon.Medina@dbo.ca.gov**

PARTE A: PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA

NOMBRE:	APELLIDO:		
CALLE:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
IDIOMA PREFERIDO:			
¿ALGUIEN MÁS LE ESTÁ AYUDANDO A PRESENTAR ESTA QUEJA? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DE SER ASÍ, ESCRIBA EL NOMBRE DE ESA PERSONA A CONTINUACIÓN: NOMBRE: APELLIDO:		

PARTE B: NATURALEZA DEL PROBLEMA

Marque las casillas que correspondan en su caso y explique:

- No me ofrecieron un intérprete.
- Pedí un intérprete, pero me fue negado.
- Los intérpretes o traductores no eran competentes.
- Los intérpretes hicieron comentarios descorteses o inapropiados.
- Los servicios tomaron demasiado tiempo (explique a continuación).
- No me proporcionaron formularios o avisos en un idioma que yo pueda entender (mencione los documentos requeridos a continuación).
- No me fue posible utilizar los servicios, programas o actividades (explique a continuación).
- Otro (explique a continuación).

FORMULARIO DE QUEJA DE ACCESO A IDIOMA

DBO-HRO 139 SP (06-15) Página 2 de 2

¿Cuándo se presentó el problema? Fecha: (MM/DD/AAAA) _____ Hora: _____ a. m. p. m.

¿Dónde sucedió el problema?

Describe lo que sucedió:

¿Presentó su queja con alguien del departamento/agencia? ¿Con quién y cuál fue la respuesta? Sea específico.

PARTE C: RESOLUCIÓN

Fecha: (MM/DD/AAAA) _____

Resolución:

(Certifico que esta declaración es verdadera a mi leal saber y entender)

Firma: _____ Fecha: (MM/DD/AAAA): _____